

Prioriteringar och etiska värderingar

Jan Tullberg och Hans De Geer

En rapport – nummer 8 - inom delområdet ”Praktik, etik och ekonomi”,

Rapporten ingår i studien ”En gemensam angelägenhet – Hälso- och sjukvårdens Värdegrund i Stockholms läns landsting.”

Denna studie undersöker kopplingen mellan etiska principer, i första hand de som preciseras i Värdegrunden för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, och de prioriteringsbeslut som fattas i verksamheten. Hur stark är kopplingen? Ger värdegrunden vägledning till de dilemman som upplevs som mest problematiska?

Först diskuterar vi vilka målsättningar som är möjliga och vilken potential en värdegrund kan ha och därefter de fyra grundvärden och principer som tillsammans utgör Värdegrunden. Sedan tar vi upp de värderingar och etiska problem som vi mötte i vår studie av de olika klinikerna. Avslutningsvis diskuterar vi svårigheterna med att prioritera när det innebär att prioritera ner eller prioritera bort. Dessa kan leda till att prioriteringar antingen döljs eller att de om möjligt undviks.

Olika funktioner hos en värdegrund

Det finns olika ambitioner vid formulering av en värdegrund som det finns anledning att uppmärksamma. En värdegrund kan försöka spegla organisationen, d.v.s. ha en deskriptiv ambition och säga något om hur organisationen faktiskt är och hur verksamheten fungerar. Då kan avsikten till exempel vara att ge utgångspunkter för jämförelser med konkurrenter, s.k. benchmarking. En annan ambition är normativ och siktar till att tillföra en kompasskurs för organisationens färdriktning. Då försöker ledningen med värdegrundens hjälp ange målen för verksamheten, d.v.s. vart man strävar.

I bägge fallen kan man se den uttalade värdegrunden som en utfästelse, ett löfte till olika intressenter. Utfästelsen har dock olika innebörd i de två fallen. I det första ger den uttryck för en standard, som organisationen utlovar. Avvikelse mot denna standard kan då beivras på de olika sätt, som i det enskilda fallet står till buds. Om däremot värdegrunden huvudsakligen uttrycker målsättningar så leder avvikelser normalt inte till att någon ställs till svars; det ligger i målsättnings natur att inte alltid uppfyllas. Däremot kommer uppenbara avvikelser från uppställda mål att påverka legitimiteten hos och tilltron till ledningen för den organisation som bär ansvaret.

Det hittills sagda berör främst externa funktioner hos en värdegrund. Avsikten har också varit att kommunicera värdegrunden externt; den elegant tryckta skriften står ofta tillgänglig i bokställ vid receptioner och mottagningar. Receptionspersonalen hade emellertid vid de tillfällen vi förhört oss om saken vaga uppfattningar om vad skriften innehåller eller varför

den står där. Den har inte heller varit särskilt effektivt tillgänglig på landstingets eller sjukvårdens hemsidor.

Kanske bör man därför betona de interna funktionerna, som främst är av två slag. Dels kan uttryckta värderingar ses som en del av företagets strategi och vara behjälpliga vid prioriteringsbeslut, dels kan en värdegrund användas för att skapa samhörighet inom organisationen.

Det senare kan leda till ett starkt emotionellt engagemang och en känsla av att hela organisationen strävar åt samma håll. Målen framstår som självklart önskvärda och förenliga på ett harmoniskt sätt, men vägen till deras uppfyllelse är knapphändigt beskriven. Argumentationen är emellertid inte alltid gedigen. Enigheten reduceras om man exempelvis lyfter fram konflikter mellan mål, som var för sig kan ses som önskvärda, och vägval som kan vara kontroversiella.

Människan är ingen helt rationell varelse så det är knappast rimligt att döma ut ett visionsprojekt för att det har intellektuella brister. Framgången för visioner inom andra områden, som politik och religion, tyder på att energi och engagemang kan genereras. En gemensam vision är en indikation på att man har en viss samsyn och behåller förtroendet för att ledningen i praktisk handling agerar i överensstämmelse med goda mål. Ju mer självklart positiva värderingarna är, desto lättare är det att uppnå enighet, så det är centralt för ledningens legitimitet att betona den gemensamma nämnaren.

Om man avser att använda värderingar som en del i en strategi blir situationen en annan. Här är en tydlig prioritering mellan värden nödvändig. Värderingar skall vara till hjälp vid praktiska val mellan ett alternativ A och ett alternativ B. Värderingen/strategin skall underlätta beslutsprocessen genom att tillföra ytterligare kriterier som kan underlätta beslut. I det sammanhanget blir okommenterad självklarhet närmast en belastning. En strategi skall just hjälpa till att fatta beslut i val som inte är triviala.

En konsekvens av att formulera strategirelevanta värderingar är att enigheten kring värderingarna kan bli mindre. Alla som anser att handlingsalternativ B är att föredra före A kommer inte automatiskt att ändra åsikt för att man framför en värdering, Alfa, som stöder A. Men genom att värderingen åberopas kan det underlätta att se valet mellan

handlingsalternativen A och B som ett val mellan värderingarna Alfa och Beta: frågeställningen vidgas och blir principiell. Om organisationens val av värderingen Alfa istället för värderingen Beta har vunnit legitimitet, så kan medarbetaren lättare acceptera alternativ A genom att Alfa tillkommer som argument. Man kan skapa ökad enighet, men det sker genom en mer mödosam, rationell väg. I slutskedet är medarbetaren kanske inte övertygad om att beslutet A är rätt i sig, men det är acceptabelt när relevanta faktorer har lagts på bordet som visar på en strategisk logik.

Den värdegrund för hälso- och sjukvården som antagits av Stockholms läns landsting, karaktäriseras i dag av ansvariga tjänstemän som en "tvärpolitisk vision samt riktlinjer för verksamheten inom den av landstinget bedrivna hälso- och sjukvården". Värdegrunden har, enligt vår bedömning, karaktären av en utfästelse till omvärlden angående vissa standards, som skall upprätthållas, snarare än en samling målsättningar. Vår bedömning är vidare att ambitionen har varit både att påverka den externa uppfattningen och den interna verksamheten. Man har önskat att dokumentet skall vara en vision som alla kan dela och fungera som ett emotionellt stöd och ett kitt mellan medarbetarna, samt ge en stärkt identitet för medarbetare i sjukvården. Samtidigt finns en avsikt att värdegrunden i verksamheten skall vara ett stöd i vårdens svåra val: "Principerna skall ge vägledning när hälso- och sjukvårdspersonalen ställs inför etiska dilemman" (Värdegrunden s 15). Det är den funktionen som vi närmast skall analysera.

Värdegrunden

Värdegrunden består av en vision om en god hälso- och sjukvård samt fyra grundvärden och från dem avledda handlingsprinciper. Vår diskussion fortsättningsvis kommer att disponeras i anslutning till dessa fyra områden. Vår ambition är att relatera till de resonemang som framförs i värdegrunden, men också vidga det och problematisera dem utifrån andra erfarenheter och utgångspunkter. För tydlighetens skull återger vi i anslutning till varje avsnitt den text som Värdegrunden innehåller.

Människovärde och människovärdesprinciper

Människovärdet

Hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för människovärdet. Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

Människovärdet medför rätt till vård på lika villkor, rätt till bevarad integritet och rätt att fritt bestämma över sitt liv.

Människovärdesprinciper

Vård på lika villkor innebär att en persons behov av vård skall styra oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell identitet. I hälso- och sjukvården ska, på alla nivåer, finnas en skyldighet att handla så att människors integritet inte kränks eller skadas på annat sätt. Individens värdighet ska skyddas.

Varje patient har rätt att säga ja eller nej till ett erbjudande om vård, förutsatt att hon eller han är i stånd att själv bestämma över sitt liv. I hälso- och sjukvården ska vars och ens rätt till självbestämmande – autonomi – respekteras. Särskild omtanke ska visas de patienter som har större behov av stöd än andra för att kunna göra sig hörda eller för att kunna hävda sin självbestämmanderätt.

Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, s 20

Det lika människovärdet

Vad avses med det lika människovärdet och vilket är det praktiska budskapet till praktikens vårdgivare? Ett viktigt skäl till att denna princip får inleda är förmodligen att den återfinns i Hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf. Även andra formuleringar från detta dokument återkommer i Värdegrunden. Det finns naturligtvis ingen anledning att undvika en klok målsättning för att andra instanser har kommit fram till den, men det finns en risk att skälet till att den återges bygger på auktoriteten hos lagen snarare än principens värdemässiga tyngd i sig.

En första kommentar är att landstinget gör en klar åtskillnad mellan de personer som hör till landstingets speciella domän och alla andra människor. Det framkommer t ex i skillnaden i prissättning för tjänster till egna invånare och till dem som kommer utifrån. Praktiskt bör man nog tolka principen så, att anställda i vården skall visa en neutral professionalism i sin yrkesutövning och inte på oklara grunder särbehandla människor. Av en rad olika skäl kan negativa personliga vibrationer uppstå till vissa patienter. I sin yrkesroll gäller det då att se varje människa med vårdbehov i sin egen rätt. På vår primärvårdsklinik exemplifierades principen med ”att inte ha några gräddfiler”.

Autonomi

Det är lätt att tolka formuleringar, som förespråkar patienternas autonomi, som att patienten har beslutsrätt över beslut i vården som berör honom eller henne. Patientens val har utökats i vissa hänseenden, men inte i andra, varför en mer rimlig beskrivning är att säga att patienten har ett medinflytande. I de flesta val beslutar vårdgivare enligt vad som bedöms vara adekvat

och rimligt ur medicinsk synpunkt. I en del frågor har patientens personliga preferenser en roll att spela, men det är, och enligt många bör vara, så att läkaren förfogar över beslutanderätten rörande ordination och behandling. En del krafter talar för en förändring när kunniga patienter går ut på nätet för att söka information, själva gör bedömningar och anlitar läkaren mer som konsult för att bidra med beslutsunderlag och beslutslegitimitet; patienten själv har blivit mer av en reell beslutsfattare. Skall vården anpassa sig och stödja denna förändring eller söka försvara organisationens och professionens roll? I förhållande till den faktiska situationen framstår emellertid fortfarande termer som autonomi och ”rätt att fritt bestämma över sitt liv” som överord. Ökad valfrihet gällande val av vårdgivare kan ses som en mer rättvisande beskrivning. Avsnittet rörande människovärdet måste nog ses som mer gemenskapsstödjande visionsvärderingar än som ett strategiskt ställningstagande, som stödjer prioriteringsbeslut.

Hälsa och hälsoprinciper

Hälsa

Hälsa i grundläggande bemärkelse innebär frånvaro av sjukdom och följder av skada. God hälsa är emellertid något mer. Hälsa är relativt till varje individs personliga värderingar och livsvillkor. En person har god hälsa när han eller hon är fri från sjukdom och följder av skada, och utifrån sina speciella förutsättningar och omständigheter uppnår så god hälsorelaterad livskvalitet som möjligt.

Hälsoprinciper

Landstinget har ett ansvar för att kartlägga och bedöma befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov som underlag för resursfördelning.

Hälso- och sjukvården ska initiera och stödja en god hälsoutveckling hos befolkningen genom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Hälso- och sjukvården ska i samråd med patienter effektivt behandla sjukdom eller skada, när så är möjligt. Patienter ska även få rehabilitering efter behandling av sjukdom och skada.

Hälso- och sjukvården ska präglas av en strävan att minimera de risker och skador som kan bli följden av undersökningar och behandlingar.

Insatserna ska bidra till att patienterna uppnår – och bibehåller – en så god hälsa och livskvalitet som möjligt samt stödja det friska hos individen, såväl vid akut sjukdom och skada som vid kronisk sjukdom och funktionshinder.

Hänsyn ska tas till varje individs speciella förutsättningar och omständigheter.

Värdegrund... s 21

Hälsa är naturligtvis ett önskvärt tillstånd. Det skall beaktas i underlaget, noteras i den första principen, till den resursfördelning som landstinget skall göra. Men på vilket sätt framgår inte närmare. Det ges inga riktlinjer som indikerar någon speciell prioritering. Är hälsofrämjande insatser på ett område viktigare än sjukdomsbehandling inom ett annat, eller är det tvärtom? Här får läsaren förlita sig på andra källor, andra prioriteringsbeslut. Hälsoprinciperna är framförallt inkluderande, inte prioriterande. De ger stöd åt att ta sig an gränsfall, men de ger föga vägledning om vad som skall göras vid knapphet om resurser. Att hälsoprinciperna tar upp hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är emellertid betydelsefullt då det långsiktiga lätt blir nedprioriterat i jämförelse med det akuta.

Landstinget förespråkar en vid syn på hälsa. Ur en individs synpunkt är förmodligen livskvalitet i vid mening viktigare än hälsa i en snäv bemärkelse, men ju bredare man ser på uppdraget desto mindre distinkt blir det. I många sammanhang talas det om en helhetssyn på patienterna och det är naturligtvis så att många sociala faktorer påverkar hälsotillståndet. Men en bred informationsinhämtning behöver inte stå i motsats till en fokuserad insats. Att man tar intryck av patientens speciella situation i alla hänseenden som är relevanta för hälsan innebär inte att landstinget skall ta ett motsvarande stort ansvar för patienten.

Omsorgsprinciper

Omsorg

Att visa omsorg innebär först och främst att erbjuda patienter adekvat och kompetent hälso- och sjukvård. Allt vårdarbete ska utgå från att varje individ är unik med många olika behov, fysiska, psykologiska, sociala, kulturella och existentiella.

Att visa omsorg är att med respekt för den enskildes integritet förhindra, lindra eller befria från lidande och smärta så långt det är möjligt. Omsorg är också att bemöda sig om att öka patienternas välbefinnande, även då man inte kan bota. En viktig del av omsorg är det sätt på vilket personalen bemöter patienter och närstående.

Omsorgsprinciper

Omsorg innebär att göra vad man kan för att öka patienters och även närståendes välbefinnande. Allt bemötande i hälso- och sjukvården ska präglas av omtanke och empati. Bemötandet i vården ska utgå från att varje individ är unik med olika behov. När man inte kan bota ska vården inriktas på att ge lindring, stöd och tröst. Särskild omsorg ska visas patienter i

livets slutskede. Omsorg ska även visas gentemot patienternas närstående. Deras behov av stöd, trygghet och förståelse ska också tillgodoses.

Värdegrund... s 22

Detta avsnitt anger en viktig uppgift för de insatser som inte leder till bot utan avser att lindra och befria från lidande och smärta. En av dessa principer är ställningstagandet för palliativ vård: ”särskild omsorg skall visas patienter i livets slutskede”. Detta avspeglas i landstingets konkreta prioriteringar: inom geriatriken har alla verksamheter utom just palliativ vård centralt beslutade ekonomiska tak.

Detta avsnitt är i andra hänseenden inte så mycket en fråga om inriktning av verksamheten som ett ställningstagande för en viss attityd mot patienterna. Detta är ett sätt att lyfta fram de arbetsinsatser som görs av personalen. Det kopplar en värderingsmässig komponent till den mer konkreta omvårdnaden. Den mjuka sidan tas upp och det sker på ett sätt som har prioriteringsmässig relevans. Empati och omtanke är viktiga, men det görs inledningsvis en viktig markering: ”Att visa omsorg innebär först och främst att erbjuda kompetent hälso- och sjukvård”.

Rättvisprinciper

Rättvisa

Hälso- och sjukvård ska fördelas rättvist. Resurserna ska användas där de har effekt såväl ur ett patient- som befolkningsperspektiv. När resurserna är begränsade ska den som har störst behov av hälso- och sjukvård ha företräde.

Rättvisprinciper

Hälso- och sjukvården har skyldighet att i första hand hjälpa och stödja dem med störst behov. Detta ska ske i enlighet med de av riksdagen antagna riktlinjerna för prioriteringar.

Hälso- och sjukvården ska utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt, så att de gör största möjliga nytta samt ständigt sträva efter att förbättra och utveckla sina resultat och sin verksamhet.

Varje patient, som vänder sig till hälso- och sjukvården, ska snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd för att fastställa vårdbehov och vårdinsats.

Effekterna av förebyggande, utredande och behandlande åtgärder ska utvärderas och bedömas och resultaten skall göras tillgängliga.

Det är vårdpersonalens skyldighet att särskilt värna om de patienter som behöver stöd för att hävda sina rättigheter.

Värdegrund... s 23

I det långa loppet slutar alla liv med döden, och en av sjukvårdens viktiga uppgifter är att skjuta upp dödsfallet. Frågan är om det finns någon rättvis princip som avgör vilka insatser man då skall göra och för vem? Begreppet rättvisa bär principiella anspråk med sig. Det implicerar en distinkt princip, inte något mer vagt, som beprövad erfarenhet och gängse praxis. Rättvisa som princip är ingen kompromiss. Rättvisa som begrepp är samtidigt både laddat och belastat i den ideologiska och politiska debatten. Rättvisa har sedan länge legat närmare till hands för den politiska vänstern, medan rättigheter av olika slag har tätt sig naturligare för högerdebattörer att föra fram. Vi skall inte fördjupa oss i den ideologiska semantiken, men det vore också aningslöst att inte se att begreppen har politiska konnotationer.

Låt oss mot den bakgrunden försöka precisera vad rättvisa i sjukvården skulle kunna innebära genom att knyta begreppet till några tydligare möjliga principer och kommentera dem.

Rättvisa som lika utfall.

Man kan tänka sig rättvisa uppfattad så, att ett för olika människor likartat resultat skall bli följderna av de åtgärder man vidtar. Alla skall så långt möjligt få det lika bra. Vägen dit kan dock skilja sig avsevärt för olika patienter. Syftet blir att med vårdinsatser av olika slag kompensera naturens ojämlikhet och söka bringa alla, oavsett personliga och fysiska förutsättningar, till ett lika långt och friskt liv.

En sådan syn kan emellertid bli problematisk. Genusmedicin, till exempel, kan vara en verksamhet på vilken denna princip kan prövas. Dess ambition är att förbättra sjukvården för kvinnor och en framgång för denna strävan blir att klyftan mellan män och kvinnor ökar än mer; kvinnor lever ju redan ca 5 år längre än män. En konsekvens av rättvisa som lika utfall vore att lägga om genusmedicinen och satsa på insatser med inriktning mot mäns hälsa.

Det är dock knappast rimligt att tillstyrka en sådan syn på rättvisa. Naturens lotteri med högre systematiska risker och mortalitet för ett kön är knappast rättvisa, men det verkar övermaga att försöka neutralisera naturens orättvisor genom massiva insatser. Finns det försummade möjligheter att förbättra kvinnors liv bör dessa möjligheter tas till vara även om skillnader i livslängd mellan könen ökar. Rättvisa som lika utfall, eller resultat, tycks inte kunna vara en övergripande tolkning av rättvis principen i detta fall.

Rättvisa som lika vårdinsatser.

En annan rättvisepincip utgår inte från resultatet utan från en jämställdhet avseende tillgång till resurser. En sådan fördelningsprincip och tillämpas inom äldreomsorgen i form av en för alla lika allmän pension. Den diskuteras till och från till exempel på skolans område i form av en skolpeng. Det kan också ses som rättvist att de olika eleverna får lika mycket resurser för att utveckla sina möjligheter och att inte speciellt duktiga eller problematiska elever tilldelas stora resurser och normaleleven åsidosätts.

I sjukvården kan en sådan tankegång tolkas som likhet i termer av insatser eller tillgång till resurser. Oavsett utgångsläge har alla har rätt till samma resurser. De kan utnyttjas olika, beroende på förutsättningarna men också beroende på var resurserna sätts in och hur de tas till vara

Vi har alla brister i vår hälsa och vill ha ett så rikt liv som möjligt. Vi skulle alla kunna ha ett konto som användes till de insatser som vi behövde för ett gott liv. Vissa kanske behöver mer av den ena, medan andra behöver mer av den andra vårdinsatsen. Vissa söker vård även för små krämpor, medan andra drar sig i det längsta. Hur balanseras vårdbehov mot överdriven efterfrågan på vård? Kan vårdkonton kan vara en modell som möjliggör för patienten att prioritera den vård hon ser som mest viktig?

Rätten till lika insatser av vård stämmer nog inte med flertalets moraliska intuition. Behovet är så ojämlikt fördelat mellan olika människor att också den allmänt finansierade vårdens insatser bör bli ojämlikt fördelade.

Rättvisa som försäkringsmodell.

Försäkringar bygger i allmänhet på principen att många betalar men få får utdelning från den gemensamma kassan och då bara vid speciella skador och under vissa omständigheter. Sannolikheten för att dessa omständigheter skall inträffa och kostnaden för att åtgärda skadan jämte antalet försäkringstagare är avgörande för priset för försäkringen. Om villkoren för att få ersättning av försäkringen görs för vida, eller om ersättningsbeloppen blir för stora så måste antingen försäkringspremien eller antalet försäkringstagare höjas. Bland de senare får det heller inte finnas för många som bär en onormalt hög risk att drabbas av skadan.

En skattefinansierad sjukvård bygger i väsentliga avseenden på liknande aktuariska principer. Man kan se landstinget (jämte staten) som ett försäkringsbolag. Rättvisa innebar då inte att alla får ut lika mycket från sin försäkring i form av sjukvård, men för systemets legitimitet måste det finnas en som rättfärdig upplevd relation mellan kostnad, risk och faktisk ersättning om något inträffar.

Utdelningen i form av sjukvård blir ojämlik eftersom den som inte drabbas av sjukdom inte får någonting. Detta är emellertid rimligt för en försäkring och jämlikheten ligger i att man betalar försäkringspremien på lika villkor och man förutsätter att risken är likvärdig. Det senare innebär att ingen utestängs från försäkringen, trots att risken i verkligheten kan vara mycket större hos vissa individer på grund av livsföringen eller riskbenägenheten. Den största avvikelser från försäkringsmodellen är då den inkomstbaserade premieskala, vilken leder till att vissa betalar mycket och andra mindre för samma försäkringsskydd. Många försäkringstagare i den offentliga vården har en profil med låga inbetalningar och höga utbetalningar, så i en öppen konkurrens skulle personer med annan profil söka andra bolag. Omfattande privata försäkringar parade med en begränsad skattevilja är ett uttryck för detta. Detta bör emellertid inte ses som brister i den offentligt finansierade vården utan som en del av själva idén. Det finns en omfördelningsfunktion, även om denna ambition inte alltid lyfts fram. En renodlad försäkringsmodell är vanligare för verksamheter, som utövas utanför landstinget, än som modell för den offentligt finansierade vården.

Geografisk rättvisa.

Principen om ”människors lika värde” indikerar en likabehandling mellan olika områden, men landstinget bör knappast garantera samma vård för alla. Landstingets sjukvård måste kunna vara annorlunda i förhållande till den som erbjuds i andra landsting, samt göra en åtskillnad mellan behöriga patienter och andra. Hög kvalitet måste vara ambitionen för verksamheten, inte jämlikhet inom riket eller i ett globalt perspektiv. Stockholms läns landsting bör snarast se det som önskvärt att landstingets invånare får bättre vård här än vad som erbjuds i övriga landet. Även inom landstinget tycks det rimligare att fokusera förbättringar på andra grunder, med ett särskilt intresse för de kliniker som presterar relativt sämst, än att eftersträva en geografisk jämställdhet. Ett visst inslag av ”geografisk tur” och ”geografisk otur” är knappast en orättvisa som landstinget behöver lägga resurser på att eliminera.

Rättvisa enligt val/förtjänst/vållande.

Vad som anses vara en rättvis behandling påverkas också av vad man genom sitt eget agerande tycks ha gjort sig förtjänt av eller skyldig till. Skälen till att en patient drabbats av ohälsa är av moralisk relevans. Har en kvinna blivit trafikskadad genom att berusad köra av vägen eller har hon blivit påkörd av en rattfyllerist? Har en man fått AIDS genom oskyddat sex med smittade eller genom en blodtransfusion? Filosofen Ronald Dworkin argumenterar för att rättvisa kräver en strävan mot lika utfall för olika personer genom att motverka de skillnader som skapas genom tur och otur. "Naturens lotteri" skapar stora olikheter inte minst i hälsostatus. Men Dworkin menar att skillnader i utfall som orsakats av individens val inte bör ses som orättvisa. Individerna har ett primärt ansvar för effekterna av sina val men skillnader i förutsättningar bör neutraliseras.¹

Sjukvården har dock valt att inte beakta patientens skuld/oskuld till sitt hälsotillstånd. Sjukvården skall inte användas för att straffa ett beteende. Rättvisa i vården är inte retributiv. Ett halvt undantag är levertransplantationer på grava alkoholister, men denna nedprioriteringen motiveras dock inte främst av en vållandesyn utan av att ingreppet förväntas ge mindre framtida nytta för en sådan patient än för andra som inte behandlar sitt nya organ lika illa. Ett annat halvt undantag är utredningsinsatser för att fastställa om en skada är en arbetsskada eller inte. Den bedömningen påverkar inte den medicinska behandlingen, men får en avsevärd effekt på de ekonomiska följderna för patienten.

Rättvisa som prioritering av den sämst ställda gruppen - "Sämstfrämstprincipen"

Filosofen John Rawls har argumenterat för en fördelningsprincip som många intuitivt tycker är rättvis.² Den grupp som har det sämst skall prioriteras, enligt hans "difference principle". Rawls går längre i jämlikhetssträvan än utilitarismen som ju räknar alla individers välfärd lika. I en kristen tradition har man också speciellt fokus på den sämst ställda gruppen, exempelvis illustrerat med rekommendationen "De sista skola vara de första". I en välfärdsstat finns också mycket av en sådan inställning som Rawls önskat systematisera i sin modell. Det anses enligt denna princip acceptabelt att genomsnittliga medborgare får det relativt sett sämre (t ex genom högre skatteuttag) om de sämst ställda därigenom i olika avseenden får det bättre.

¹ Dworkin 2000.

I hälsöhänseende är den sämst ställda gruppen de som är i livshotande tillstånd. Det kan ses som rimligt att prioritera dödsrisk högt. Så gör man på vårdcentralen prioriteringar i akuta lägen: livshotande tillstånd går före i kön. Men döden är ofrånkomlig, både på lång sikt och ibland på mycket kort sikt. Frågan är om det alltid är moraliskt rätt att lägga resurser på att söka hjälpa just dessa personer, oberoende av förväntad nytta. Det finns en skillnad mellan att "faktiskt hjälpa" och att "försöka hjälpa". Enligt det förra så har konsekvenserna en stor betydelse - vad som kan bli nyttan av vårdinsatsen påverkar beslutet. Enligt det senare skapar den prekära situationen en villkorlös plikt. Det livshotande i sig blir det centrala och det moraliska imperativet innebär att försöka avvärja detta hot. Med "sämstfrämst" avses här en tyngdpunkt på denna sistnämnda tolkning.

Ett argument för differensprincipen i andra sammanhang är att den sämst ställda gruppen normalt har en högre marginalnytta. Den hungrige får mer nytta av en limpa bröd än den mätte, vilket är ett argument för omfördelning. Rawls skriver om omfördelning av "primary goods", d.v.s. resurser som kan omvandlas till andra ting som människor har glädje av. Men inom sjukvården är inte ett motsvarande koppling från resurser till nytta självklar. Detta talar för att konsekvenserna bör uppmärksammas mer och då har man tagit steget mot nyttoprincipen (och en mer utilitaristisk syn).

Rättvisa som lika marginalhjälpseffektivitet - Nyttoprincipen

Med dessa begrepp avses rättvisa som rätt till vård enligt lika resursinsatser för erhållen medicinsk förbättring, d.v.s. insatser till hälsoförbättringar skall ske till samma proportionella kostnad. En moralfilosofisk rättvisepincip är "lika hänsyn och respekt". Denna princip förknippas kanske främst med filosofen Brian Barry.³ Rättvisa är framförallt opartiskhet och en universell människosyn: det är inte rätt att prioritera speciella grupper.

En intressant tolkning är att koppla samman lika hänsyn och respekt med möjligheter och kostnader. Att behandla olika människor lika på ett konkret sätt är knappast möjligt eller rimligt, men man kan behandla olika personer på olika sätt med någon sorts gemensam nämnare. Lika hänsyn trots olika omständigheter är en vag beskrivning som ändå ger viss vägledning. Ett sätt är att behandla olika människor med olika behov enligt samma

² Rawls 1971.

³ Barry 1995.

”marginalhjälpseffektivitet”. Alla får inte lika mycket hjälp, utan en del får mycket lite. Om patienten har en sjukdom, som det saknas behandling för, så gör man relativt lite för denne, men ett medicinskt genombrott betyder att man i ett slag har möjlighet att hjälpa och bör göra det.

I en del fall finns vissa medicinska möjligheter att hjälpa, men det är extremt dyrbart. Då kan man vänta med denna behandling för att inte missgynna andra patienter som kan få mycket mer nytta för samma resurser.

Att beakta ekonomiska faktorer ser emellertid många som oetiskt. Frågan är om denna inställning inte strider mot krav på rättvisa? Sjukvårdens prioriteringar måste i hög grad handla om ”statistiska liv”; det bör inte vara så att vissa sjukdomar är prioriterade och andra oprioriterade på ett godtyckligt sätt. Man kan som patient ha tur eller otur i den mer fundamentala bemärkelsen; beträffande sjuk eller frisk finns inte så mycket av rättvisa. Vad man möjligtvis kan tillföra i rättvisa är att inte låta frågan om prioritering bli en ny faktor för godtycke.

Denna syn på rättvisa är just att man skall satsa på sjukvård genom att ge möjligheter enligt en ordning som tar lika hänsyn till olika individers intresse att förbättra sin hälsa. Enligt detta synsätt finns ingen rimlighet i att den mindre sjuke skall vänta på den mest sjuke, om den mest sjuke per definition är döende och marginellt kan få endast en ringa förbättring. Frågan är inte vem som har störst eller mest akut behov, utan frågan är hur stora förbättringar i hälsa man kan göra för en given mängd resurser. Även om man ökar dem så har man fortfarande bara en ändlig mängd. Ibland kanske den bästa resursallokeringen ur sjukvårdens perspektiv inte ens är sjukvård. En tidig förebyggande åtgärd inom hälsovården kan vara både billig och effektiv medan en sen sjukvårdsinsats kan vara kostsam och ha låg hälsoeffekt. Preventiva åtgärder kan ge störst hälsoförbättringar.

Hippokrates uttryckte läkarens uppgift som ”att följa den behandling som är mest gagnarlig”. Det är inte avsikten eller insatsen som är primär utan effekten. Detta kan ses som en given linje i valet mellan olika behandlingar för en patient. Detta bör rimligtvis också vara en riktig princip för valet mellan patienter. Ur detta perspektiv är det orättvist att patienter som skulle

kunna bli hjälpta inte blir det för att ett godtyckligt beslut satsat resurserna på mindre effektiva insatser för andra patienter. Det kan däremot ses som rättvist att en viss behandling ges till en annan patient som får en mycket större förbättring genom denna.

Insatser som smärtlindring kan ge mycket stor nytta även om de på intet sätt botar patienten. Omsorg ger också nytta till patienten. Men insatser som lyckas förbättra hälsoläget för en längre tid är de som främst lyfts fram i denna princip.

Rättvisa som reaktion på det akuta – ”närhetsprincipen”

I synnerhet i operativt arbete råder ofta närhetsprincipen. Vi granskar inte alla möjliga fall utan just de vi direkt ställs inför. Om det är beaktansvärt så reagerar vi och handlar. Om andra fall, på andra håll eller senare, är eller kommer att bli ännu mer beaktansvärda är svårt att bedöma. Närheten i tid och rum får bli en sållningsmekanism. Den svåra prioriteringen är att välja bort och det är det vi tvingas göra om vi inte tar oss an det som vi konfronteras med här och nu. Etiker talar om detta som moralisk intensitet (”moral intensity”). Det är rimligt att vi är mer berörda, och därför agerar, av det som är oss nära, än av det som ligger fjärran och som vi bara indirekt kan påverka.

Ett sådant beteende kan lite nedlåtande kallas händelsestyrt, men det har en plats i många sammanhang. Uttrycket ”First things first” kan gestalta beteendepincipen.

Inte minst i omsorgsfrågor är det ofta klokt att agera direkt, inte att göra mer komplicerade och tidsödande reflektioner över vad som i övergripande mening är mest rättvisa prioriteringar.

Passiv prioritering – kö-principen

De hittills diskuterade rättvisepriinciperna innebär alla någon typ av aktiv prioritering. All prioritering är kontroversiell; skillnaden mellan prioritering och diskriminering ligger inte sällan i betraktarens öga. Att inte värdera och sätta en person eller hennes behov före en annan behövande person kan ses som önskvärt. ”Kö-principen” används över ett brett fält och den är ofta en ”default princip”, som gäller om man inte aktivt driver någon annan prioriteringsprincip. Men det bör poängteras att den också kan byggas under med rättviseargument. Att inte diskriminera ses ju som en viktig moralisk princip och här finns ju en koppling till människovärdesprinciperna i Värdegrunden. Kö-principen kan också kopplas till jämlikhetsideologi.

Att kö-principen regelmässigt används som en praktisk metod när det inte föreligger svåra prioriteringsproblem gör den än mer till en grundlösning. Andra lösningar behöver motiveras väl för att frångå denna grundmodell, patienter och kunder förväntar sig få hjälp i tur och ordning. Detta kallas inte så ofta rättvisa, men varje avvikelse – att någon får gå före i kön - betraktas som en orättvisa av dem som av det skälet får vänta längre.

Rättvisa i Värdegrunden

Värdegrunden preciserar inte på ett explicit sätt vad som menas med ”störst behov” utan hänvisar till ”de av riksdagen antagna riktlinjerna för prioriteringar”. Hur förhåller sig då Värdegrunden till Hälso- och sjukvårdslagen?⁴ Denna är tydligt orienterad mot ”störst behov” som viktigast. Den centrala andra paragrafen innehåller följande mening: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde”. Den prioriteringen rubriceras som mål i lagen, men inte med hänvisning till rättvisa som i Värdegrunden. Tyvärr råder därför en viss oklarhet vad som avses och varför denna prioritering görs.

I propositionen till HSL görs en intressant precisering: ” Häre ligger också att vid prioritering mellan två patienter, den som har det mest akuta behovet av vård skall ha företräde”.⁵ I en senare proposition listas de livshotande situationerna i prioriteringsgrupp ett, och habilitering/rehabilitering, d.v.s. mer ordinära botningsmöjliga hälsobrister, kommer i grupp två.⁶ Ordet bot är sällsynt samtidigt som ordet vård är frekvent. Det är insatsen som fokuseras kraftfullt, medan resultatet ges ett marginellt intresse. Långt bak i HSL kommer en passus om kostnadseffektivitet, i § 28. Detta framställs inte som en rättvisepincip utan mer som en operativ ambition.

Värdegrunden synes mer orienterad mot nytta än HSL, och för fram nytta under rubriken rättvisa, vilket indikerar att man kan vara mer orienterad mot resonemang baserade på ”lika marginalhjälpseffektivitet”. Dock lyfts behovsprincipen fram som den primära rättvisepincipen. Söker man koppla denna till någon mer principiell uppfattning så ligger det närmast till hands att i första hand se ”sämstfrämstprincipen” och i andra hand ”närhetsprincipen”. De som har den sämsta hälsan behöver mest hjälp, men det är inte bara en

⁴ HSL 1982:763

⁵ Prop 1981/82: 97 s 270

⁶ 1996/97:60

fråga om att konstatera ett objektivt tillstånd utan också en subjektiv bedömning från vårdgivaren. Handlingsprincipen bygger inte minst på en emotionell reaktion – nöd ger starka impulser att göra något.

Hur går då de olika principerna ihop? Som påtalas av många teoretiker och också i dokumenten kring framtagandet av värdegrunden, gäller det att undvika konflikter mellan olika principer. ”Värderingar måste inordnas i vad som kan kallas en värdehierarki. Annars blir värderingar mest vackra ord och inte någon större hjälp i det praktiska arbetet”⁷

Det finns skäl att acceptera den mer övergripande bedömningen: ”ingen regel utan undantag”. Men för att inte skapa förvirring så måste undantagen vara preciserade och avgränsade. Går det då att samordna de olika principerna i Värdegrunden till en helhet?

Om vi tar de två rättvisepprinciper som explicit tas upp i Värdegrunden, behovsprincipen och nyttoprincipen, kan följande bedömning göras. Ingen av de två kommer i konflikt med principerna om mänskliga rättigheter. Behovsprincipen kan lätt förenas med den höga prioritering av den palliativa vården, som görs under omsorgsprincipen. Hälsoprincipens framhållande av förebyggande vård står däremot i motsats till behovsprincipen, men kan ses som ett avgränsat undantag. Nyttoprincipen är lätt att förena med hälsoprincipen; denna kan ses som ett förtydligande helt enligt nyttoprincipen. Däremot finns det en motsättning till den omsorgsprincip som överensstämde så väl med behovsprincipen, en hög prioritering av palliativ vård. Men den motsättningen bör kunna hanteras som ett tydligt undantag.

Det mest problematiska för de olika värderingarna i Värdegrunden är relationen mellan nyttoprincipen och behovsprincipen. I fall när de stöder samma sak räcker det ju med en av dem, och när de kommer i motsats till varandra gäller det att välja. Många gånger är just dessa val centrala och problematiska, och där skulle en tydlig värdering vara vägledande. Det finns anledning att fundera ytterligare över om landstinget kan och bör ta steget från en prioritering av behovsprincipen till en uppgradering av nyttoprincipen.

Prioriteringar och värderingar i praktiken *Gensvaret vid fyra kliniker*

⁷ ”Förslag till vårdetisk plattform för hälso- och sjukvården i Stockholm” s 41.

Enkätsvaren rörande Värdegrunden ger ett dominerande resultat, nämligen ett kraftigt stöd till de värderingar som den bygger på. Dessa anses inte bara riktiga, utan också som viktiga principer i det praktiska arbetet.

Olika varianter på två av Värdegrundens fyra principer gav föga utslag. Medarbetarna tillstyrkte både autonomi och det lika människovärdet. Beträffande omsorg var det mest frapperande att ”välbefinnande” fick ett något starkare stöd än ett mer medicinskt alternativ, som fokuserade lindring och smärta. Det är kanske inte förvånande att medarbetarna inte differentierade mellan det lika människovärdet och autonomiprincipen. Men att differentiera mellan tre olika typer av omsorg ligger rimligtvis närmare till hands för personer som sysslar med omsorg. Ett intryck av resultatet är att det finns en rad honnörsord, som man ställer sig positiv till, utan att det egentligen betyder något mer preciserat.

Det finns dock en tydligare differentiering beträffande de två andra principerna. I enkäten föreslås behovsprincipen respektive nyttoprincipen som grundregel. Behovsprincipen får här ett övertag på 26p över nyttoprincipen. Det andra tydliga valet är mellan ett smalt och ett brett hälsobegrepp. Det vida hälsobegreppet får ett starkt stöd, medan den medicinskt inriktade hälsan får ett klart mindre stöd. Här är differensen 18p.⁸

Denna analys visar att medarbetarna inte bara håller med om principerna i Värdegrunden som rubriker, utan också den precisering som följer. Värdegrunden speglar väl de värderingar som medarbetarna lyfter fram. Det finns också ett mycket starkt stöd för påståendet:

”Det är viktigt att landstinget har klara och tydliga etiska värderingar som grund för hälso- och sjukvården i länet”. Här ligger svaren kring 80-90p vid de olika klinikerna vilket är remarkabelt. Det finns också en kontrast till landstingets övriga aktiviteter, för vilka det finns en mer ljummen entusiasm. En värdegrund är vad som efterfrågas av medarbetarna och det dokument som antagits är högst samstämmigt med de värderingar, som medarbetarna förespråkar.

Vi förväntade oss att den egna inriktningen skulle slå igenom på värderingarna så att personal vid vårdcentral och geriatrik skulle vara mer inriktade på tröst och omsorg än vid specialistkliniken och kirurgkliniken, där de medicinska ingreppen har mer radikala

konsekvenser. Men inriktning mot hälsa i bred bemärkelse – ”ett tillstånd av fullkomlig psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande” - erhöll genomgående mer instämmande än ”hälsa som påverkas positivt med medicinska insatser”. Detta är kanske mest förvånande vid specialistkliniken som med omkring 40 procents dödlighet, men med goda livsbetingelser för dem som överlever, kan tyckas vara en arbetsplats, där det ligger nära till hands att prioritera hälsa genom medicinska insatser. Det kan förvåna att medicinsk personal hyser en inställning som prioriterar en mer allmänmänsklig välvilja, snarare än en professionell hjälpande förmåga.

Enkäten visar på en allmän skepsis mot fokuserade resultat, som inte är helt lätt att förstå. Till en del är det kanske ett försvar för den egna bedömningen mot en hårdare styrning från chefer på olika nivåer. Vad gäller mänskliga reaktioner på patienters känslor och önskemål så har ju personen på verksamhetsgolvet ett övertag.

Patientfokus

Vår förväntan på initiativet “patienten har rätt” var att det motiverades av en mycket kraftig inriktning på målet “botad patient”. I många fall är patientens medverkan och engagemang centrala för effekten av insatsen. Att lyssna mer på patienten kan vara en rationell korrigerande mot en alltför diagnosfokuserad och patientnegligerande inställning. Om läkarauktoriteten blir mindre stark, kan bristen på övertygelse och motivation hos patienten leda till att denne inte följer föreskrifter i medicinering. Men vi såg få tecken på att man fokuserade “botad patient”. I intervjuerna vid de olika klinikerna betonades i stället vikten av “nöjd patient.”

På ett ideologiskt plan har det redan skett en stor förändring som successivt lär få en rad konsekvenser. Ett annat sätt att formulera detta är som en förskjutning från vård mot omvårdnad. Många intervjupersoner ansåg att läkarna sysslade med vård, men övrig personal med omvårdnad. Även flera läkare såg sin egen insats ha tyngdpunkt på omvårdnad och nöjd patient snarare än botad patient. Denna utveckling överensstämmer med den preferens för ett bredare hälsobegrepp som nämndes tidigare.

I intervjuerna vid primärvårdsenheten framkom ytterligare aspekter. Många informanter uttryckte ett primärt intresse för hälsa i den medicinska bemärkelsen. Det var där man hade

⁸ Dessa siffror har ett möjligt spann mellan 0 och 100 och avser enkätresultat från de fyra kliniker som

expertis och det man egentligen borde ägna sig åt. Men om patienter dyker upp med sociala problem så får man ett sekundärt ansvar. Om kommun eller arbetsgivare inte gjort sitt så har vården ett problem och man får ett ansvar att lösa det. Detta är självvalt och det sker med blandade känslor. Det finns en stolthet i detta ansvarstagande, men också en oro att det kan skapa prioriteringsproblem. Genom att ha tillräckligt med tid så slipper man att frågan ställs på sin spets. Den högsta prioriteten ges naturligtvis de fall som är akuta i medicinsk bemärkelse, d.v.s. livshotande tillstånd. Men dessa är blott en liten grupp. De ”socialakuta” fallen som har ett hälsoproblem i den vida hälsodeinitionen kommer högt i prioriteringen. De socialakuta, men medicinskt ”småsjuka”, kan komma före dem som är mer medicinskt sjuka. Detta är principiellt en diskutabel bedömning.

Vårdcentralen har sökt att tackla problem med de ”socialakuta” genom olika samarbetsprojekt. I Socsam söker man tillsammans med kommunala insatser engagera klienter/patienter i olika gruppprocesser som skall hantera både medicinska och sociala problem. Intressanta försök genomförs att samordna vård med omsorg. Gränsen är dock oklar. Vård och omsorg skiljs genom olika huvudmän, medan distinktionen på fältet blir mer otydlig. Ett vidare hälsobegrepp och en glidning från vård mot omvårdnad leder mot något som i andra sammanhang kallas branschblandning. Frågor om relevant kompetens kommer också upp. Hur samverkar kuratorns expertis i social omsorg med sköterskornas ökande ansvarstagande för omvårdnaden?

Vid specialistkliniken gjordes bedömningar av det deskriptiva påståendet ” Bot och vård prioriteras i verksamheten före tröst och omsorg” och det normativa påståendet ”Bot och vård bör prioriteras före tröst och omsorg.” Det deskriptiva fick ett marginellt instämmande på 53, men det normativa fick ett svagt avståndstagande 41p. Opinionen förespråkar således en mer omsorgsorienterad inriktning även när detta ställs mot bot och vård på ett tillspetsat sätt. Omsorg ses som mer än ett viktigt komplement.

En ytterligare aspekt i glidningen mot nöjd patient är synen på yrket som kall. I enkäten framkom en negativ attityd. I en intervju tolkades ”kallet” som en villighet att arbeta för lägre lön. De som talar om sina motiv för att arbeta i vården betonade snarare det omvårdande och “att arbeta med människor” än det hjälpande. Belöningen är i högre grad patientens

tacksamhet än nyttan denne får. Detta kan tolkas som att man är på väg bort från kantianska plikter och det kristna kärleksbudskapet med höga krav på uppoffring, utan förväntningar på tacksamhet, mot en mer relationsmässig syn.

Man rör sig mot en relation som har flera drag gemensamma med kommersiell verksamhet. I näringslivet vill man få sina anställda att sträva mot en nöjd kund. Det finns dock en intressekonflikt som i den kommersiella sfären balanseras av att kunden gör en motprestation i form av en betalning som täcker kostnaden. Patienten betalar blott en bråkdel, medan tredje man, skattebetalaren, genom landstinget som ombud, betalar det mesta. Om sjukvårdspersonalen i sin syn glider mot nöjd patient finns mindre motståndskraft mot patientens egoistiska önskemål. Medicinska önskemål från patienten balanseras av läkares och sköterskors ansvar och yrkesstolthet, men det ekonomiska ansvaret kan bli negligerat. Det blir svårt att säga nej till patienten om ”kunden alltid har rätt” och skall bli nöjd.

Läkarna visar sig något mer orienterade mot nyttoprincipen i enkäten, men det är inte statistiskt signifikant. Inte heller intervjuerna gav intryck av en radikalt annorlunda inställning. Om någon grupp skall lyftas fram som mer nyttoorienterad så är det snarast paramedicinarna. För dem är rehabilitering ett ofta tydligt och överordnat mål. Vid några intervjuer framkom att det stundom blir en konflikt mellan paramedicinare som vill att patienten själv skall utföra en del mödosamma uppgifter för att träna upp sig, och undersköterskor som vill underlätta för patienten.

Paternalism

Det är rimligt att förvänta sig att en övergång från bot till vård innebär mindre paternalism. Parallellt med prioriteringen av nöjda patienter och empati för dem finns också en paternalistisk problematik. Med paternalism menar vi (över)beskyddande förhållningssätt hos t ex en myndighetsföreträdare, ofta under åberopande av patientens eller klientens eget intresse. Vare sig man betonar vård eller bot är patienternas behov inte detsamma som att följa patienternas önskemål.

Patienterna vid vårdcentralen sorteras med fast hand innan de bokas till ett läkarbesök. En sköterska förespråkar en striktare linje vid bokning då behovet är omätligt: ”Det är fel när dagens sista läkartid går åt klockan 09.17”. Chefsläkaren poängterar ”Medicinsk personal – ej patienten – skall välja vårdnivå”. Det är nödvändigt att initialt vara lite mer restriktiv för att ge en bra service till de prioriterade. Det finns också ett behov av att läkare håller kontroll och ansvar över situationen. Några sjuksköterskor riktade kritik mot vissa läkare som blivit för

”patientstyrda”. En del informanter talar om att de ibland drabbas av en ”känsla av otillräcklighet”. Denna kan förstärkas om man tar till sig det radikala empatiska budskapet i viss omvårdnadsteori. Detta motverkas av att man talar om ”vikten av att sätta gränser”.

En del av den värdegemenskap som finns vid vårdcentralen är ett uttalat stöd för en likabehandling mellan svenskar och invandrare, män och kvinnor, välanpassade och utslagna. Man ser till det medicinska behovet, det finns ”inga gräddfiler”, utan alla behandlas lika. Många medarbetare argumenterade dock snarare för en annorlunda prioritering än en strikt neutralitet - de utslagna bör komma i första hand. Detta engagemang för de ”socialakuta”, framför allt jämfört med gruppen ”frisksjuka” (socialt anpassade personer som snabbt ville bli friska från en smärre åkomma) kombineras med en viss paternalism. I områden med fler välutbildade blir primärvården lite av ett mellanled eftersom många patienter söker sig vidare till specialister vid sjukhusen. I mindre välbärgade områden har primärvården en större roll att fylla. En sköterska menar att det gäller att ta beslut åt patienterna: ”Var hemma tills barnet varit feberfri under en hel dag!” En medarbetare ifrågasatte vikten av ”delaktighet”, i dennes ögon ett överskattat honnörsord. Vad patienten främst önskar är att bli frisk och om den inte har så höga tankar om sin egen diagnostiska förmåga, så vill de i första hand ha en lämplig ordination, inte ett medinflytande. En informant vid den geriatriska kliniken menade att termen ”empowerment” beskrev en attityd som kunde vara ”kall och kärlekslös” och att vårdgivarna bör eftersträva en annan relation, “från makt till fullmakt.”

Med högre utbildning, ökat surfande på nätet och tillgång till fler och dyrare medikamenter så finns ett tryck för behandling enligt patientens ordination. Att föreslå egenvård, som ofta är en långsiktig men också långsam åtgärd, är inte populärt, enligt flera informanter. Patienterna vill ha medicinering och det omgående. Men innebär ett tillmötesgående av dessa önskemål att svara mot patientens behov?

Ett sätt att se på de olika bedömningarna är att göra en distinktion mellan nytta, behov och efterfrågan. Det senare kan ses som patientens önskemål enligt hennes egen uppfattning om vad som är möjligt att uppnå. Både behov och nytta har ett paternalistiskt inslag. Bedömning av nytta grundar sig i vad som är ändamålsenligt enligt professionell erfarenhet och riktlinjer. Bedömning av behov intar en mellanställning mellan efterfrågan och nytta där vårdgivaren interagerar med patienten men slutligen själv är beslutsfattare.

Inriktningen "botad patient" sammanfaller med nyttoperspektivet, men "nöjd patient" är centralt för både efterfrågesynen och behovssynen. Efterfrågesynen har en enkel och rak koppling till nöjd patient; sjukvården levererar det som patienten efterfrågar och det gör patienten nöjd. Behovssynen ger mer utrymme för interaktion i vilken det är vårdgivaren som tolkar patientens behov och sedan kan besluta om en adekvat insats.

Sjukskrivning

Vid diskussionerna under delprojektets första år vid vårdcentralen var vissa patienters krav på sjukskrivning ett problem; en del läkare var eftergivna, andra var restriktiva. Många på vårdcentralen var bekymrade över att sjukskrivning verkade sprida sig; tidigare var det främst invandrare och lågavlönade, men nu började också svenskar och högavlönade få mycket låga trösklar för att vilja bli sjukskrivna. Och läkarna höll inte solidariskt emot; om man inte tillgodosåg patienternas önskemål kunde de ju alltid gå till någon annan, och då hade vårdcentralen bara förlorat en patient och en intäkt. Utvecklingen tycktes gå åt fel håll vid denna tidpunkt.

Vid vårt besök i februari 2006 syntes tecken på en omsvängning till en mer restriktiv linje på en bred front.⁹ Myndigheternas krav på arbete har blivit tuffare i retorik och princip och kanske också i någon mån i praktiken. En läkare berättade om en förändring av de egna bedömningarna; en medicinskt mindre motiverad sjukskrivning ses nu som mer tvivelaktig, inte minst utifrån patientens långsiktiga intresse. En annan läkare såg inte sjukskrivningen som ett problem av samma dignitet som ett par år tidigare. Detta var en optimistisk bedömning, men eventuellt har trycket på läkarna lättat rejält. De hårdföra patienterna vet att de kan bli nekade, men tidigare fanns inte riktigt det alternativet i deras förväntningar, och då blev trycket på läkaren att göra dem till viljes betydligt hårdare.

Behandlingens längd och intensitet

Läkarna förväntades ha en mer rationell attityd och vara mer positiva till nyttoprincipen än andra anställda i vården. I praktiken så är det dock oftast läkaren som står för insatser som kan kritiseras för att inte ge nytta. Denna kritik kan formuleras som att inte respektera patientens värdighet och problemet är oftast just att det förväntade värdet för patienten av fortsatt behandling är låg. Inom en klinik uppstår ibland en punkt där den fortsatta behandlingen

starkt ifrågasätts av många inom personalen. Detta problem fanns vid såväl specialistkliniken som kirurgkliniken.

En orsak till skillnader i bedömningar mellan läkare och annan personal är att läkaren kan ha en bättre bild av de möjligheter som finns än annan personal. En del av problemet är förmodligen en kommunikationsfråga; läkarna lyckas inte övertyga sina medarbetare om att en ytterligare insats har rimliga möjligheter. Men det är också möjligt att personalens pessimistiska bedömning är mer realistisk än läkarens optimistiska. Spetskompetens (läkarna) vill fortsätta medan beprövad erfarenhet (sjuksköterskor och undersköterskor) talar för stopp. Personliga emotioner och reaktioner hos de olika personalkategorierna spelar också in. Den täta kontakten med patienten gör att ett par extra dagars behandling är påtagliga för undersköterskan men en extra gardering för läkaren. Det är han som skall leva med att det kanske trots allt fanns några procents chans som sattes ur spel genom hans beslut. Ansvar kan vara tungt.

Mycket talar för att fortsätta att försöka rädda patienten även om utsikterna att lyckas är små. Det är läkaren som skall bedöma möjliga åtgärder och det är svårt att säga nej. Detta gäller även när personalen hyser en pessimistisk uppfattning. Rädsla för kritik att det kanske skulle ha gått, personlig prestige (vill inte erkänna att operationen misslyckades) är kanske ibland mindre hedervärda skäl för att fortsätta behandlingen. Beslutsvårda och lockelsen att skjuta upp ett obehagligt beslut till morgondagen är ett annat mycket mänskligt men inte helt professionellt skäl. Att ej trappa upp behandlingen är det minst kontroversiella restriktiva beslutet när en patient tycks omöjlig att rädda. Att fortsätta som förut, alternativt att ingenting ändra, är det enklaste. Att öka den medicinska insatsnivån är alltid ett möjligt alternativ, medan en nertrappning av insatser nästan alltid är ett mycket svårt beslut att ta.

En narkosläkare vid kirurgkliniken beskrev situationen: "Det är alltid lättare att göra allting för en patient." Hon menade, att om man opererade gamla patienter med en dålig prognos skulle det vara en engångsinsats. Gick det bra så var det bra, men man måste vara förberedd på en dödlig utgång. Inför en sådan operation gällde det att inte nedvärdera patientens nuvarande situation med gällande hälsoproblem. Många utfall blir vare sig framgång eller misslyckande, utan halva misslyckanden; patienten utsätts för svåra påfrestningar och

⁹ Den förändring av försäkringskassans praxis, som regeringsskiftet 2006 medförde hade inte satts i verket under

hälsotillståndet har snarare blivit något sämre. Halvmisslyckandet måste finnas med i bedömningen som ett möjligt resultat. En faktor som då får betydelse är patientens smärta före operationen. Är den olidlig så är engångsinsatsen värd att göra, men om patienten mår hyggligt så är det ofta bättre med en mer begränsad, kanske symtomriktad åtgärd. Detta resonemang tycks oss rimligt och pekar på ett problem: goda föresatser och optimistiska bedömningar kan bära iväg. Beslut att avbryta livsuppehållande behandling ("nollning") är motbjudande för alla och därför frestande att skjuta upp. För vissa sjukdomar finns en restriktiv praxis. Vid ALS så kopplas patienten inte till respirator. För många andra sjukdomar är läget mer oklart och det finns risk att patienten hamnar i en hög vårdnivå som inte kan trappas ner. Det är förbjudet att koppla bort livsnödvändig assistans så en patient i respirator, som är utom räddning, förblir uppkopplad tills hon avlider av andra sjukdomar.

Den vårdande personalen upplever många gånger patientens besvär mer påtagligt, vilket talar för frid istället för förlängt lidande. Långliggande patienter på intensivvården sliter hårt på personalen. Regeln mellan sjuksköterskorna är att alla kan ta sig an alla patienter, men denna ordning bryts och en del sjuksköterskor och undersköterskor undanber sig vissa patienter. Läkaren kan i patientens kamp se en fråga om liv och död, och det sista är svårt att tillstyrka om det kan skjutas upp. Läkarna är medvetna om de negativa effekterna på personalen, men ser det som sin skyldighet att ta tillvara patientens intressen före medarbetarnas intressen. En läkare framhöll: "Det är moraliskt tvivelaktigt att ta en sådan personhänsyn".

Den ekonomiska restriktionen, att man kanske inte har råd att göra allt som är möjligt, har ingen självklar företrädare. Ändå är skattebetalare knappast beredda att lägga obegränsade belopp på att hålla sig vid liv. Finns det inget värdigt liv efter sjukdomen, så tappar sjukvårdsinsatsen en stor del av sitt värde. Ansvar att säga nej till en medicinsk insats är inte populärt och det upplevs knappast som någon central uppgift för läkaren. Dennes primära uppgift är att hjälpa. Även om "att inte skada" är en central restriktion så luckras den restriktionen upp av nya möjligheter att eventuellt lyckas hjälpa.

Vid den geriatrika kliniken finns ett motsatt problem. Här anser inte personalen att läkarna tenderar att vårda patienterna för länge, utan att vårdtiderna är för korta. Personalens bedömning är att både behov och nytta talar för lite längre vårdtid. Men ekonomi och externt

tryck i form av patienter som skall läggas in gör att läkarna tenderar att skriva ut de inlagda väl tidigt. Problemet uppfattas av många som ett i hög grad etiskt problem, men det finns flera förklaringar till skillnader i bedömning. En läkare som var väl förtrogen med denna kritik menade att läkarna normalt gjorde en korrekt bedömning och att en väsentlig förklaring till åsiktsskillnader i förhållande till personalen var att de tenderade att övervärdera effekterna av en sjukvårdsvistelse på patienternas hälsa. Patienten var i relativt dålig kondition vid utskrivningen, men några ytterligare dagar skulle inte markant förbättra hälsotillståndet.

Denna utskrivningsproblematik speglar också den övergripande ansvarsfrågan som diskuterats tidigare. Om patienten behöver men inte får hjälp av andra – i detta fall den kommunala omsorgen – så uppstår någon sorts sekundärt ansvar att ta hand om patienten. Detta återkommer vi till i ett senare avsnitt.

Finns en aversion mot att göra prioriteringar?

Ökade medicinska möjligheter att göra något åt allt fler tillstånd leder obönhörligen till en rad prioriteringsfrågor. Prioriteringar måste och kommer att göras. Frågan är om det skall ske öppet eller dolt, om det skall ske centralt och symmetriskt, eller lokalt och personligt. En tanke är att öppna och på förhand analyserade prioriteringar är bättre än enskilda *ad hoc* beslut. Om man inte tillämpar något av detta inträder en defaultregel – köerna växer. Den innebär att man *de facto* väljer en prioriteringsregel – ofta en kö, med en kombination av angelägenhetsgrad och anmälningstidpunkt - även om ingen explicit förespråkar den lösningen.

I en extrem situation framkommer det helt klart att man måste prioritera och vi tror att det finns en grundläggande enighet. I ett drastiskt läge, som på ett sjukhus nära en krigsskådeplats, så tycks prioriteringsprincipen rätt klar för vad den sjukvårdskunnige bör inrikta sig på. Personer utan stora medicinska kunskaper får ge omvårdnad till de lindrigt skadade och trösta dem utan utsikter till räddning, medan de sjukvårdskunniga fokuserar på de fall, där utsikterna är störst att vårdinsatsen är avgörande för liv eller död. När man går till ett mer normalt läge så förändras knappast denna prioritering, men det finns utrymme att göra mer för fler. Det är lockande att kunna göra allt för alla, och besvärligt att ge någon mindre.

Inom många områden tycks ”det teknologiska imperativet” gälla: om något blir tekniskt möjligt att göra så kommer de agerande att sträva efter att faktiskt göra det. Invändningen är

att det möjliga kanske inte är önskvärt; det är ingen logisk nödvändighet. Men det tycks föreligga en viss praktisk automatik. Problemet är inte främst förknippat med forskningen, utan här framstår de etiska valen som en självklarhet och ingenting vi hört tyder på övertramp. Prioriteringen är att rädda patienten – inte passa på och prova en intressant metod. Problemet är snarast steget efter. När en ny landvinning är gjord bör den då inte sättas in generellt? Tidigare fanns många fall vid vilka en operation var omöjlig, nu kommer alltmer inom det möjligas ram. Det har skett en kraftig expansion för preventiva läkemedel och i framtiden ökar möjligheterna för dyra preventiva operationer. Expansion av möjligheterna reser en hel del frågor.

Prioriteringar utifrån värderingar

Ett stort problem är att en värderingsdiskussion lätt degenererar till ”plusord” och ”minusord”. I och med det tycker alla skenbart samma sak men slirar i definitioner. Alla uttalar sig för exempelvis säkerhet, men vissa vill genomföra stora förändringar och andra betydligt mindre. Denna intressanta åsiktsskillnad döljs bakom att alla har gemensamma värdeord - men med olika innehåll. Värderingsskillnader döljs i luddig semantik.

Ett annat problem har att göra med bristande vilja att välja. Allmänt gäller att våra enkätsvarare är obenägna att differentiera mellan värderingar även när två tydliga alternativ står mot varandra. Man är för båda. Undantaget är nytta som många är skeptiska till trots att det är ett i sig positivt ord. Förmodligen har den termen blivit förknippad krav på ökade arbetsprestationer. Det finns också en aversion mot prioriteringar som kan bli mekaniska och man vill värna om en personlig flexibilitet som vårdgivare. Nyttoprincipen ses som alltför rationell, instrumentell och okänslig, medan behovsprincipen är mer tillåtande och mindre kontroversiell. Det låter sig sägas, att både behov och nytta skall föreligga som grund för ett vårdbeslut, och de fallen, säkerligen flertalet, är okontroversiella. Men dilemmat uppstår när bara endera principen låter sig åberopas, eller när de bägge principerna talar olika språk.

Frågan diskuterades i flera intervjuer. En läkare från geriatriken sammanfattade sin attityd som “Nytta är det som gäller, men jag vill inte släppa behovsprincipen”. En reservation mot den sistnämnda är att den inte får leda till att den som skriker högst för ros skall få mest. Men det är mest en invändning mot att det är patienten som avgör storleken på sina behov genom att vara påstridig istället för mer hovsam till vårdgivarens bedömning.

En mer fundamental kritik mot behovsprincipen är just principlöshet. Den kan leda till den enklare utvägen, att låta det akuta och påtagliga alltför mycket dominera beslutsfattandet. En läkare från kirurgikliniken menade: ”Behovsprincipen döljer oförmåga och ger en ursäkt till att skjuta upp obehagliga beslut genom verkningslös behandling”. En undersköterska vid den geriatriska kliniken kommenterade utskrivning av patienter: ”Om jag skulle bestämma skulle de få ligga så länge de vill - och det är inget bra”.

Ett brett hälsobegrepp kombinerat med behovsprincipen ger handlingsfrihet men också en brist på fokus och en svagare koppling till produktiva resultat. Många tycks värja sig emot en styrning samtidigt som man efterlyser riktlinjer från ledningen. Som nämnts var det ett massivt stöd för påstående att det är ”viktigt med klara och tydliga etiska värderingar som grund för hälso- och sjukvården i länet”. Det är lätt att förstå kombinationens lockelse, men samtidigt svårt att förstå fördragsamheten med de irrationella dragen. Man efterlyser prioritering, men föredrar principer med dålig prioriteringsförmåga.

Ekonomiska prioriteringar är nödvändiga och medicinska prioriteringar är nödvändiga. Denna nödvändighet hindrar på intet sätt att även den mest genomtänkta prioritering kommer att kritiseras hårt av de drabbade sårintressena. . Detta ofta i form av en koalition av patienter och läkare som berörs av den lägre prioriteringen. Få politiker önskar, av naturliga skäl, möta en sådan kombination i en massmedial situation.

Vem skall prioritera?

En ovilja att prioritera kan ses som en mer allmän tendens i en välmående välfärdsstat när akut resursbrist inte är påtaglig. En betraktelse av den politiske filosofen Friedrich Hayek manar till reflektion:

”Att människor vill bli befriade från de bittra val, som obarmhärtiga fakta ofta påtvingar dem är inte förvånande. Men få människor blir befriade för att andra gör detta val för deras räkning. Folk önskar helt enkelt att valet inte alls skulle behöva göras. Och de är bara alltför beredda att tro att valet i själva verket inte är nödvändigt, att det påtvingats dem blott och bart av det speciella ekonomiska system, varunder vi lever. Vad de förargar sig över att det överhuvud taget finns ett ekonomiskt problem”.¹⁰

¹⁰ Hayek 1944, s 118.

Enligt demokratisk teori och gällande regler har politikerna rätt att prioritera, men när det gäller vården finns det förväntningar som försvårar kraftfulla och öppna prioriteringar. I en undersökning ges en bild av medborgarnas förväntningar på sjukvården.¹¹ Resultatet visar att 95 procent helt eller delvis stöder påståendet ”svensk sjukvård är skyldig att alltid erbjuda patienterna bästa möjliga vård, oavsett vad det kostar”. Påståendet ”varje individ bör ha rätt att få sitt sjukvårdsbehov tillfredsställt även om besvären är bagatellartade” stöds helt eller delvis av 90 procent. Förslaget att politikerna skall prioritera om resurserna inte räcker till får endast stöd, helt eller delvis, av 32 procent. Förväntningarna på sjukvården är mycket höga och politikerna saknar ett tydligt prioriteringsmandat från sina väljare. Frågan är hur man skall hantera de stora förväntningarna på vården. Tage Erlander talade om ”de stigande förväntningarnas missnöje”. Vårdgivarna och hälso- och sjukvårdens huvudmän kan göra ett utomordentligt arbete, men ändå åstadkomma missnöje bland allmänheten.

När det gäller prioriteringar skiljer man på vertikala och horisontella prioriteringar. Vertikala prioriteringar gäller bedömningar och ordningsföljder mellan patienter som lider av liknande sjukdomar. De görs av läkarna. Horisontella värderingar gäller avvägningar mellan olika slags vårdbehov, behandlingar och specialiteter. De kan inte göras av läkare, som i sin egenskap av specialist får förmodas ha en tendens att gynna sin egen verksamhetsgren. Horisontella prioriteringar måste göras av andra. Ett alternativ vore att lämna dem till marknadens efterfrågan, men det har sina brister, och tillämpas endast delvis. Ett annat alternativ, och det är vad som huvudsakligen gäller i Sverige, är att politiker på regional och nationell nivå avgör hur mycket resurser som skall allokteras till olika grenar inom hälso- och sjukvården. Det är nog okontroversiellt, men när centrala direktiv också utfärdas rörande vilka tillstånd som skall, och vilka som inte skall behandlas inom vården, eller i vilken ordning de skall behandlas. blir det mer problematiskt.

Medborgarna själva tycks benägna att ge läkare och andra vårdgivare större rätt att också sätta ramar. I den nyss citerade undersökningen stödde 87 procent av patienterna påståendet ”Politiker ska aldrig besluta om begränsningar i den skattefinansierade vården, utan läkare och annan vårdpersonal ska bedöma vilka sjukdomar som inte skall behandlas när resurserna inte räcker till allt”. Detta antyder att politikerna har låg legitimitet när det gäller i synnerhet negativa prioriteringar. En lovande möjlighet till att få legitima prioriteringar tycks vara att

¹¹ Calltorp et al. s 55.

politiken och professionen tillsammans genomför rationella prioriteringar enligt nyttoprincipen.

Ett alternativ är att inte göra centrala prioriteringar utan lägga det ansvaret på de enskilda beslutsfattarna. En läkare vid kirurgkliniken beskrev etik som i första hand ett medmänskligt beteende inom avdelningen. Den manifesterades som beteenden som ”att visa respekt” och ”Att se sina medarbetare”. Riktlinjer leder inte så långt utan i varje fråga avgör den unika sammanvägningen. Prioriteringsutredningen är ett sådant exempel på riktlinjer som enligt informanten aldrig kan komma fram till några reella beslut. En läkare vid Specialistkliniken menade att läkarna kunde göra de sammanvägningar där man också tog hänsyn till faktorer som inte var rent medicinska. Besluten bör ligga hos enskilda läkare, inte hos högre organisatoriska instanser.

I moralfilosofiska diskussioner finns ett flertal filosofer, exempelvis Ludwig Wittgenstein och Georg Henrik von Wright, som förespråkar en partikularistisk syn.¹² Det finns många olika etiska mål och principer som inte låter sig ordnas hierarkiskt eller systematiskt. De enskilda fallen skiljer sig mycket åt, så det är den speciella bedömningen som är avgörande för rätt och fel. Filosofiska och språkliga utredningar ger inga distinkta rekommendationer enligt denna syn.¹³

Många informanter, inte minst läkare, beskriver styrkan i läkarens engagemang för sin patient. Baksidan är emellertid att den närvarande patienten kan ställa de icke närvarande patienterna i skuggan. Värdegrunden framhäver på flera punkter att man skall ta speciell hänsyn till patienter som inte själva kan hävda sina rättigheter. Med ett delegerat system utan systematisk prioritering så blir de frånvarande patienterna en sådan grupp som lätt blir åsidosatt. Är det rätt att höja tröskeln för vilka patienter som är operabla när man har kö? En läkare ansåg det är rätt att göra så, men menade att många läkare avskärmar sig från det beslutet. Hon menade att man inte bara bör se på den enskilda patienten utan också ta hänsyn till de patienter som blir utan vård eller får försenad vård: ”Det blir vårt problem att patienter dör i kön”.

¹² Hertzberg 1992, von Wright 1978

¹³ Reuter 2001.

En läkare såg tre uppgifter för sjukvården: bota, lindra och acceptera döden. Men många insatser är mycket inriktade på att upprätthålla livet under alla omständigheter. När det gäller den här typen av insatser är det ofta inte patienten som driver på utan läkarna. En sjuksköterska menade att läkarna inte riktigt anpassat sig till den rollförändring som möjliggjorts av den nya tekniken. Förr kunde man göra allt för patienten och sedan gick det som det gick. Problemet var snarare vanmakt än en ett moraliskt laddat val mellan handlingsalternativ. Nu kan man ofta hålla liv i patienten så man ställs inför beslut av passiv dödshjälp. En kirurg framhöll ”Vi kan hålla liv i en patient så länge vi vill – detta sker i stor utsträckning.”

En narkosläkare vid kirurgkliniken gjorde bedömningen: ”Det är nästan lika illa att göra för mycket för en patient som att göra för lite”. Överbehandling sliter hårt på personalen som ser sitt jobb som meningslöst eller negativt. Om patienten inte har en chans är det bättre att acceptera detta än att följa förhoppningar som gränsar till det icke professionella.

En undersköterska vid geriatriken såg problem med de äldsta patienterna, kvinnor över 90 och män över 85 år. I den gruppen har ca hälften låg livskvalitet. Här borde läkarna vara mindre benägna att sätta in allehanda åtgärder och sluta med omständliga utredningar och krävande operationer. Fokus skulle istället ligga på god hygien och smärtlindring.

Sammanfattning och konklusion

Det finns många starka skäl varför prioriteringar inom sjukvården blir kontroversiella. Därför ligger det en frestelse i att delegera och osynliggöra prioriteringarna. Vi gör bedömningen att såväl den etiska som den medicinska kvaliteten främjas av en öppenhet om fördelar och nackdelar, möjligheter och risker. Detta ger inte underlag för mycket specifika beslut och central detaljstyrning, men för beslut om ramar och inriktning. Att söka styra med värderingar tycks ändamålsenligt och en väsentlig förändring för en organisation som har en stark byråkratisk tradition. Auktoritet och hierarki kan förväntas få allt större problem med legitimitet, varför de riktlinjer man väljer måste motiveras med rationella argument. Detta är knappast kontroversiellt vad gäller de medicinska aspekterna. Vad som är rätt ordination är starkt kopplat till en pågående utvärdering av vad som är bedömningen utifrån evidensbaserad kunskap. Kan värderingar få en lika rationell grund?

Vissa retoriska mönster är vanliga. När vi söker stöd hos andra för en princip så väljer vi gärna så ickekontroversiella exempel som möjligt. Exempel som ges topprioritet stöds

normalt av flertalet principer. Att sjukhuspersonalen prioriterar en patient som kommer in i ambulans med livshotande skador efter en trafikolycka är helt enligt behovsprincipen. Men det är också helt enligt nyttoprincipen. Det problematiska är uppstår när de två principerna ger olika rekommendationer.

En möjlighet är då att luta sig mot värderingar som har en rationell koppling till den medicinska analysen. Nyttoprincipen har enligt vår uppfattning en sådan koppling och implicerar en gradering som teoretiskt är lämplig både för horisontella och för vertikala prioriteringar. Principen kan hantera förändringar i resurser och forskningsmässiga framsteg genom en justerad bedömning byggd på samma grundprincip.

I praktiken är naturligtvis allting mer komplicerat, men som grundprincip är det svårt att se något starkt alternativ. Vid många bedömningar kan den enskilde läkaren bli situationens fånge – det finns skäl att hjälpa de svåra valen med generella bedömningar och riktlinjer. Det tycks oss också som att organisationen är på god väg mot en sådan mer systematisk syn. Olika utvecklingsprojekt för vertikal prioritering avancerar. En ytterligare uppgradering av nyttoprincipen skulle kunna vara klagörande och stödja den processen.

Värdegrunden har formulerat visionsvärderingar med genomslag i organisationen. Nackdelen är att de i viss mån skymmer värderingar lämpade för prioritering. Det finns en viss kluvenhet ute i verksamheten - man vill gärna ha riktlinjer som underlättar svåra val, men samtidigt inte direktiv som beskär handlingsfriheten. Vi ser inte nyttoprincipen – marginalhjälpseffektivitet – som ett hot mot lokalt inflytande utan snarare som en mer ändamålsenlig norm, som lokala och centrala beslutsfattare kan referera till i sin dialog för att finna bättre lösningar. Vi föreslår därför att nyttoprincipen ges en successivt allt viktigare roll i landstingets organisationsutveckling.

